

ELDREOMSORG I ASKIM KOMMUNE

Kirsti Meum Paulsen

**Høgskolen i Østfold
Oppdragsrapport 2007:2**

Online-versjon (pdf)

Utgivelsessted: Halden

Det må ikke kopieres fra rapporten i strid med åndsverkloven og fotografiloven eller i strid med avtaler om kopiering inngått med KOPINOR, interesseorgan for rettighetshavere til åndsverk.

Høgskolen i Østfold har en godkjenningsordning for publikasjoner som skal gis ut i Høgskolens Rapport- og Arbeidsrapportserier.

Rapporten kan bestilles ved
henvendelse til Høgskolen i Østfold.
(E-post: postmottak@hiof.no)

Høgskolen i Østfold. Oppdragsrapport 2007:2
© Forfatterne/Høgskolen i Østfold
ISBN: 978-82-7825-215-4
ISSN: 1504-5331

Forord

Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag og Askim pensjonistforening inngikk i 2006 en avtale om å gjennomføre en undersøkelse av eldreomsorgen i Askim kommune. Prosjektet har vært delfinansiert av Einar Strands forskningsfond gjennom tildeling av midler til Askim pensjonistforening.

Dataene som er samlet inn i undersøkelsen er analysert og publisert i rapport av Høgskolen i Østfold.

Arbeidet med denne rapporten har vært utført av høgskolelektor Kirsti Meum Paulsen.

Fredrikstad 20.03.07

Kirsti Meum Paulsen

Innhold

Sammendrag	5
1.0 Innledning	9
2.0 Askim kommune	13
2.1 Kommunens tjenesteproduksjon	15
2.2 Ressursbruk og kvalitet	16
2.3 Eldreomsorg – utfordringer for kommunene	16
3.0 Datainnsamling	19
3.1 Fokusgruppeintervjuer	19
3.2 Forberedelse til datainnsamlingen	20
3.3 Gjennomføringen av undersøkelsen	21
4.0 Presentasjon av data	23
4.1 Opplevelse av eldreomsorgen i Askim kommune	23
4.2 Hjemmehjelpstilbudet	24
4.3 Hjemmesykepleien	25
4.3.1 Natt-tjenesten	30
4.4 Alternative botilbud	32
4.5 Sykehjem	33
4.5.1 Tilbudene på sykehjem	36
4.6 Dagsentertilbudet	37
4.7 Støttekontakter	38
4.8 Tilbud fra frivillige	39
4.9 Samarbeid	39
4.9.1 Samarbeid med brukere og pårørende	39
4.9.2 Samarbeidet mellom ulike kommunale tjenester	42
4.9.3 Samarbeid med sykehuset	43
4.10 Behandling av henvendelser om tjenester	44
4.11 Rekruttering av ansatte til hjemmesykepleien	45
4.12 Informantenes tanker om prioritering av tilbud	46
5.0 Oppsummering	51
Litteraturliste	57

Sammendrag

Hovedpunktene i det som kom fram i undersøkelsen var:

- **Hjemmehjelpstilbudet** er redusert med den konsekvens at brukere får mindre hjelp til praktiske oppgaver og mindre tid til sosial kontakt. Det fører til et økt press på hjemmesykepleien som må utføre en del oppgaver hjemmehjelperne gjorde tidligere.
- **Hjemmesykepleien** har ikke god nok kapasitet til å imøtekomme behovet for tjenester. Ansatte opplever en økt etterspørsel etter tjenester både på dagtid og nettene. Det er flere alvorlig syke brukere, og brukerne bor lenger hjemme. Problemet er størst på nettene, da det skjer mye uforutsett. Det er mange utrykninger på trygghetsalarmer, det er mange brukere som trenger hjelp til å legge seg, og det er flere yngre brukere som har andre ønsker og behov enn de eldre. De ønsker blant annet å legge seg senere på kveldene enn kl.21.00. Det er ofte lenge å vente før hjemmesykepleien kommer når en bruker har benyttet alarmen, spesielt på nettene, noe som også medfører utrygghet. På dagtid er det liten tid til å hjelpe den enkelte bruker. Hjemmesykepleien merker også økt pågang av pasienter med psykiske lidelser og med rusproblemer. Personer over 70 år får ikke hjelp fra psykiatritjenesten og blir dermed hjemmesykepleiens ansvar.
- **Sykehjem:** Det er vanskelig å få plass både på kortidsopphold og langtidsopphold på sykehjem. Muligheter til korttidsopphold på sykehjem kan utsette behovet for langtidsopphold. Tilbudene varierer innen de ulike sykehjemsavdelingene.
- **Omsorgsboliger** kan være et godt tilbud for de som ikke kan bo hjemme og som ikke har behov for sykehjemsplass. Mange av de som bor i omsorgsboligene har imidlertid behov for hjelp. Det er behov for omsorgsboliger som er bemannet på nettene. Da kunne flere bodd der lenger, og det kunne også vært tilbud til personer med aldersdemens.

- **Alderspsykiatri** - Det er behov for egne boliger til eldre med psykiske lidelser.
- **Dagsentertilbudet** er redusert fra fem til tre dager i uken, og det er ventelister for å få plass der. Tilbud på dagsenter fungerer som avlastning for pårørende og virker forebyggende i forhold til fysiske og psykiske problemer hos eldre. Redusert tilbud fører til økt press på hjemmesykepleien og økt etterspørsel etter sykehjemsplasser.
- **Trygghetsalarm** – det er venteliste på å få trygghetsalarm. Det er satt tak på antall trygghetsalarmer fordi hjemmesykepleien ikke har mulighet til å betjene flere trygghetsalarmer på nettene.
- **Fysioterapi- og ergoterapitjenestene** har for liten kapasitet. De prioriterer barn og unge og har dermed liten mulighet til å yte tjenester til eldre.
- **Samarbeidet** med brukere og pårørende er godt. Pårørende er en ressurs i tillegg til det kommunale tilbudet.
- **Samarbeidet** med legevakta fungerer godt, mens samarbeidet med sykehuset har blitt vanskeligere etter at lokalsykehuset ble nedlagt. Det er langt å reise for få foretatt undersøkelser og røntgen. Hjemmesykepleien bruker mye tid til å organisere transport og til å følge pasienter.
- **Samarbeidet** i forhold til tildeling av tjenester i eldreomsorgen er god.
- **Rekruttering** av hjelpepleiere og omsorgsarbeidere til hjemmesykepleien er god, og det er en stabil stab. Når det gjelder sykepleiere så kan det i perioder være vanskelig å få dekket alle sykepleierstillinger og det er større ”turn over”.
- **Fordelingen mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonsplasser**
Etterspørselen etter sykehjemsplasser og hjemmebaserte tjenester varierer. I perioder hvor det er god dekning på hjemmebaserte tjenester minsker presset på institusjonsplasser. Når presset på hjemmebaserte tjenester

øker, øker også presset på institusjonsplasser. En reduksjon i dagsentertilbudet og hjemmehjelpstilbudet har ført til økt press på hjemmesykepleien som må utføre oppgaver andre gjorde tidligere. En styrking av hjemmesykepleien, hjemmehjelp, dagsentertilbud og omsorgsboliger med natt-tjenester vil redusere presset på institusjonsplasser. Brukere ønsker trygge og gode tilbud, ikke nødvendigvis i institusjon.

1.0 Innledning

På bakgrunn av en henvendelse fra Askim pensjonistforening til Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag, har det vært gjennomført en undersøkelse med sikte på å utvide innsikten i hvordan det kommunale tjenestetilbudet overfor eldre i Askim fungerer. Målsettingen med undersøkelsen var å få bedre innsikt i hvordan Askim kommune prioriterer eldreomsorgen. Det var særlig et ønske om å se på forholdet mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonsplasser. Bakgrunnen for undersøkelsen er tall fra KOSTRA-databasen som tyder på at nivået på tjenestene til eldre i Askim er lavere på viktige områder enn i andre kommuner det er naturlig å sammenligne seg med. Ulike tilbakemeldinger fra brukere om erfaringer og opplevelser med eldreomsorgen ligger også til grunn for ønske om en undersøkelse for å kartlegge hvordan eldreomsorgen egentlig fungerer.

Ressursene som var til rådighet for gjennomføringen av undersøkelsen var små, så det var nødvendig å avgrense problemstillingen. Problemstillingen var:

Hvordan opplever de ansatte i den kommunale eldreomsorgen i Askim tjenestene og anser de fordelingen av hjemmebaserte tjenester og institusjonsplasser som hensiktsmessig?

Med begrepet eldreomsorg i denne undersøkelsen menes tjenester som ytes etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. I henhold til kommunehelsetjenesteloven er det hjemmesykepleie, plass i bolig med heldøgns omsorg og pleie (sykehjem med langtidsopphold og korttidsopphold), ergoterapi, fysiosterapi og dagsentertilbud. I henhold til sosialtjenesteloven kan

aktuelle tilbud være praktisk bistand og opplæring (innebefatter hjemmehjelp), herunder brukerstyrt personlig assistanse, støttekontakt og avlastning.

Det er ulike måter å gjennomføre undersøkelser av offentlige tjenestetilbud på (Vedung 1996). I denne undersøkelsen ble det valgt å benytte kvalitative forskningsintervjuer, fokusgruppeintervjuer. Begrunnelsen for dette var å få fram hvordan ansatte i de aktuelle tjenestene opplever ressurssituasjonen, og hvordan de vurderer fordelingen mellom institusjonsplasser og hjemmebaserte tjenester. Da undersøkelsen ble planlagt var det tenkt å gjennomføre intervjuer med ansatte og på bakgrunn av analyser av data, utarbeide et spørreskjema. Spørreskjemaet skulle deretter sendes alle ansatte i et pleie- og omsorgsdistrikt. På grunn av tidspress måtte undersøkelsen avgrenses til to fokusgruppeintervjuer. I tillegg er det innhentet informasjon gjennom samtale med tre medlemmer i Askim pensjonistforening.

Brukerundersøkelser, hvor man spør brukere om deres erfaringer og opplevelser med tjenestetilbud, kunne vært benyttet i denne undersøkelsen. Gjennomføring av brukerundersøkelser er omfattende i forhold til innhenting av tillatelser i henhold til personopplysningsloven og helseregisterloven. Hvem som er brukere er taushetsbelagte opplysninger. Da dette var et lite prosjekt med begrensede ressurser i form av penger og tid, var det ikke mulig å benytte brukerundersøkelse. Dessuten hadde ikke forskerne tilgang til brukere av helse- og sosialtjenester i Askim

Avtalen mellom Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag, og Askim pensjonistforening innebar at resultatene fra undersøkelsen skulle publiseres i Høgskolens rapportserie. Rapporten skulle gjøres allment tilgjengelig da den ikke inneholder taushetsbelagte eller andre sensitive opplysninger. Askim

kommune skulle få innsikt i de data og de vurderinger som har blitt gjort. Dette er opplysninger som kommunen kan benytte i sitt eget kvalitetsutviklingsarbeid.

2.0 Askim kommune

Askim er Østfolds femte største by og regionsenter i Indre Østfold. Kommunen har ca. 14 000 innbyggere. "KRAFTSENTERET ASKIM" er Askim kommunens overordnede visjon. I det ligger det historiske perspektivet knyttet til Glomma og kraftverkene, ønsket om retningen for utviklingen av framtidens Askim og ønsket om Askims framtidige rolle som senteret i Indre Østfold.

Bystyret i Askim vedtok 17.06.04, sak 0050/04 at kommuneplanens langsiktige del skulle utarbeides som en Visjonsplan. Visjonsplanen for Askim kommune 2006-2017, vedtatt i bystyret 26.01.06, er et plandokument som omfatter kommuneplanens langsiktige og strategiske del. Visjonsplanen inneholder følgende ti tema:

- "1. Askim bør ha en befolkningsvekst på 100-200 personer i året, og som er tilpasset boliger og infrastruktur.*
- 2. Askim skal være et regionalt senter ved å være attraktiv for næringsetablering og bosetting.*
- 3. Askim skal være en attraktiv kulturkommune.*
- 4. Askim kommune skal ha en bevisst naturforvaltning og bevare kulturlandskapet.*
- 5. Barn og unge skal være kommunens satsingsområde.*
- 6. I Askim skal innbyggerne, næringsvirksomheter og organisasjoner bidra til en god samfunnsutvikling.*
- 7. Askim skal ha god politisk og administrativ styring av interne og eksterne virksomheter.*
- 8. Askim kommune skal være en attraktiv arbeidsgiver og ha et godt arbeidsmiljø.*

9. Det skal være økonomisk balanse i kommunen, med ansvarlig økonomistyring fra politisk og administrativ ledelse.

10. Det skal legges opp til endringer ved å gjøre tydelige prioriteringer.”

De ti temaene beskriver Bystyrets prinsipielle vedtak om visjoner, mål og strategier for utviklingen av Askim. Plandokumentet er fulgt opp med ”slik gjør vi det beskrivelser”. Plandokumentet fungerer som et overordnet politisk styringsdokument som viser kommunens prioriteringer.

Kommunene skal utføre en løpende kommuneplanlegging med sikte på å samordne den fysiske, økonomiske, sosiale, estetiske og kulturelle utvikling innenfor sine områder. Den langsiktige del av planen skal omfatte mål for utviklingen i kommunen, retningslinjer for virksomhetens planlegging og en arealdel for forvaltningen av arealer og andre naturressurser. Dette er fastsatt i Plan- og bygningsloven.

Når en går inn og ser på de ti ”slik gjør vi det beskrivelser” går det fram at Askim kommune satser på å være en attraktiv tilflyttingskommune og senter for næringsetablering og bosetting. Videre satses det på barn og unge, full barnehagedekning, skoleutbygging og fritids- og aktivitetstilbud. Når det gjelder helse- og sosialtjenester er det nevnt en satsing på samordning av tjenester rettet mot barn og unge og deres familier, og forbyggende arbeid rettet mot de yngste. Eldreomsorgen er ikke nevnt i Visjonsplanens ti temaer.

”Slik gjør vi det beskrivelsene” prioriteres og operasjonaliseres hvert år før handlingsplan, økonomiplan og budsjetttrammer vedtas. I 2007 har kommunen 5 fokusområder med følgende mål:

”1. Brukere: angir hvor god kommunen er på å imøtekomme brukernes ønsker og behov.

Mål: God kvalitet og tilgjengelighet

2. Samfunn: Angir hvor god kommunen er på lokal og regional utvikling

Mål: Aktiv deltagelse og utvikling

3. Medarbeidere: Angir organisasjonens bidrag til motivasjon og trivsel hos de ansatte samt øvrig fokus på helse, miljø og sikkerhet.

Mål: Godt arbeidsmiljø.

4. Læring og fornyelse: Angir organisasjonens evne til omstilling og fornyelse gjennom forbedrede arbeidsmetoder og effektiv utnyttelse av ressursene.

Mål: Kultur for læring og fornyelse

Mål: Modernisering og effektivisering ved bruk av IKT

5. Økonomi: Angir hvorvidt de økonomiske ressursene utnyttes på en effektiv måte.

Mål: Økonomisk balanse

Fokusområdet ”brukere” er i stor grad knyttet til utvikling av innhold og kapasitet på tjenester. Målet er at det skal være god kvalitet og tilgjengelighet på tjenestene.

2.1 Kommunens tjenesteproduksjon

I arbeidet med budsjettet for 2007 kom det forslag om å øke tilbudet eller kvaliteten på tjenestene fra virksomhetene og fra et dialogseminar som ble avholdt i juni mellom bystyret og virksomhetslederne. Når det gjelder helse- og sosialtjenester ble det som en av hovedprioriteringene foreslått å styrke hjemmetjenesten i åpen omsorg, spesielt tilbud på natten og ordningen med brukerstyrt personlig assistanse. I tillegg ble det foreslått å etablere et yrkesrelatert dagtilbud til unge personer med psykiske lidelser og en økning i bemanning av fysio- og ergoterapitjenesten med en stilling.

Det vedtatte budsjettet for 2007 innebærer en videreføring av tilbudet som gis i hjemmene og på Løkentunet. I tillegg er det foreslått en styrking av natt-tjenesten gjennom å opprette natt-tjeneste til en bogruppe på Løkentunet. Dette vil frigjøre noen ressurser for den eksisterende natt- tjenesten. Åpen omsorg har ikke fått noen styrking, utover styrking av natt-tjenesten selv om dette ble prioritert på 2. plass på dialogseminaret.

Midler fra opptrappingsplanen for psykiatri er foreslått til opprettelse av stillinger til å bemanne 10 nye boliger for mennesker med psykiske lidelser.

2.2 Ressursbruk og kvalitet

Tall fra Kostradatabasen viser at enhetskostnaden til pleie- og omsorgsformål (PLO) ligger lavt i Askim kommune. Kommunen bruker totalt sett en mindre andel av det totale driftsbudsjettet til PLO sammenlignet med gjennomsnittet. Når det gjelder dekningsgraden for antall sykehjemsplasser så avviker den lite fra gjennomsnittet. Kommunen har flere mottakere av hjemmetjenester over 67 år enn sammenlignbare kommuner og landsgjennomsnittet. Brutto driftsutgifter pr. hjemmetjenestebruker er langt lavere enn sammenlignbare kommuner og landsgjennomsnittet.

2.3 Eldreomsorg – utfordringer for kommunene

Statistikk viser at tallet på eldre har økt og vil øke kraftig de nærmeste årene i Norge som i en rekke andre land. Det som vil øke mest er tallet på de eldste eldre. Det viser seg at de eldste eldre erfaringsmessig har høy grad av sykелighet og funksjonstap som medfører behov for medisinsk behandling, pleie- og

omsorg. De har flere sykdommer, svekket fysisk og psykisk funksjonsnivå og sviktende sosialt nettverk. Lidelsene de har er ofte sammensatte, de har flere kroniske grunnsykdommer, akutte funksjonstap og høy risiko for akutt forvirring og demens. Samtidig bruk av flere medikamenter problematiserer ofte sykdomsbildet, eldre kan ha endret respons på legemidler og sviktende støtteapparat. (Hviding & Mørland 2003, Gjerberg, Bjørndal & Fretheim 2006).

Økende levealder vil medføre en økning av antall personer med demenssykdommer og forvirringstilstander. For aldergruppen 80 år og eldre er forekomsten av aldersdemens på 20 %, og ca halvparten av disse personene bor hjemme (Kompetansesenter for aldersdemens). Det medfører at størstedelen av behandlingskostnadene til personer med demenssykdommer er knyttet til de kommunale pleie- og omsorgstjenestene. I tillegg til pleie- og omsorg kan aktuell behandling av pasienter med aldersdemens være medikamentell behandling og støttebehandling som fysioterapi, aktivitetsterapi, lyd- og lysstimuli og mental trening.

Det forventes en økning i antall eldre på nærmere 20 % fra 1996 til 2020, noe som kan innebære 10 000 nye tilfeller av aldersdemens i Norge hvert år. Behandling av demens vil derfor bli en stor utfordring i eldreomsorgen. Det viser seg også at pasienter med demens som oftest har andre kroniske sykdommer i tillegg (Hviding & Mørland 2003, Gjerberg, Bjørndal & Fretheim 2006).

Depresjoner er et annet stort problem blant eldre. Depresjon antas å forkomme hos 10-12 % av den eldre befolkningen. Sykdommen kan skyldes aldersrelaterte forandringer i hjernen, demenssykdommer, endringer i livssituasjonen eller andre somatiske sykdommer hos pasienten. Depresjoner behandles ofte medikamentelt, ved hjelp av kognitiv terapi, lysterapi, fysisk trening og

psykoterapi. Det hevdes at depresjon hos eldre både er underdiagnostisert og underbehandlet, og at forekomsten av depresjoner blant eldre er høyere enn det som kan leses ut av offisiell statistikk. Det finnes lite statistikk på dette, og de eldste pasientene er ofte ikke inkludert i kliniske studier (Hviding & Mørland 2003, Gjerberg, Bjørndal & Fretheim 2006).

Underernæring forekommer hos eldre av ulike årsaker. Det kan være at de har problemer med å ordne seg mat, med å spise og at de har dårlig appetitt. Risikoen for utvikling av underernæringstilstand øker hos eldre med flere kroniske sykdommer som behandles med ulike legemidler. Underernæring kan skyldes både sykdommer og bivirkninger av legemidler. Problemene er størst hos personer over 70 år. Studier har vist at ved å gå inn og hjelpe pasienter med ernæring så har det forbedret deres fysiske aktivitet og deres fysiske helse. Det har medført mindre behov for pleie- og omsorg, redusert liggetid på sykehus og redusert dødelighet (Hviding & Mørland 2003).

For at kommunene skal kunne møte kravene de stilles overfor med hensyn til pleie- og omsorgstjenester så forutsetter det tverrfaglig samarbeid og samarbeid på tvers av organisasjonsstrukturer. Det anses som nødvendig for å få til en kvalitetsheving av det totale helsetjenestetilbudet for eldre mennesker (Statens helsetilsyn).

3.0 Datainnsamling

Planen var å gjennomføre undersøkelsen med et intensivt forskningsdesign. Det betyr at for å få fram mest mulig data om det aktuelle temaet skulle både intervjuer og spørreskjemaer benyttes. Intensjonene var at vi på bakgrunn av intervjuer med et visst antall sentrale informanter og analyse av disse intervjuene, skulle utarbeide et spørreskjema. Spørreskjemaet skulle så sendes alle ansatte i et av distriktene kommunens tjeneste er inndelt i. På denne måten ville både kvalitative og kvantitative data bli belyst. Resultatene skulle så bli presentert i en rapport.

Det har vært nødvendig å endre design, da forutsetningene for gjennomføring av undersøkelsen har endret seg underveis. Undersøkelsen har måttet reduseres til å benytte fokusgruppeintervjuer med ansatte i hjemmetjenestene.

3.1 Fokusgruppeintervjuer

”En fokusgruppe er en særlig form for intervju, hvor en gruppe mennesker er samlet af forskere eller studerende for at diskutere et bestemt emne” (Halkier 2005:7). Bruk av fokusgrupper kan forstås som en metode hvor data produseres gjennom gruppeinteraksjon rundt et emne. Emnet er bestemt av forskeren (Morgan 1997). Det vil si at deltagerne forteller om erfaringer og opplevelser i en gruppe, med utgangspunkt i forskerens spørsmål. Kombinasjonen av interaksjonen i gruppen og fokus på et emne er velegnet til å produsere empiriske data. I fokusgrupper kan en få folk til å fortelle hva de gjør, hvordan, hvorfor, hvordan de opplever ulike situasjoner, og hvordan de bruker opplevelsene til å forstå andre situasjoner. Fokusgruppene er godt egnet til å få vite noe om hva en gruppe mennesker kan bli enige om eller er uenige om i

forhold til et emne. Fokusgrupper er gode til å produsere data som belyser normer for grupperes praksiser og fortolkninger (Halkier 2005).

Bruk av fokusgrupper ble vurdert å være velegnet i denne undersøkelsen, da vi var ute etter å innhente mest mulig informasjon om eldreomsorgen i Askim. Gjennom å sette sammen grupper med erfaringer med arbeid innen eldreomsorgen i kommunen, ville en gjennom deres fortellinger og interaksjonen gruppe medlemmene i mellom få tilgang til mye data.

3.2 Forberedelse til datainnsamlingen

Etter at det var inngått en avtale mellom Askim pensjonistforening og Høgskolen i Østfold, avdeling for helse- og sosialfag, ble det sendt en henvendelse til Askim kommune. Her ble det redegjort for undersøkelsen og for forskningsdesignet, og det ble bedt om tillatelse til å gjennomføre undersøkelsen. Prosjektleder sa seg også villig til å komme og informere om prosjektet dersom det var ønskelig.

Kommunen ønsket et informasjonsmøte, og et møte ble avholdt hvor to virksomhetsledere, tre distriktsledere og prosjektleder var til stede. Her ble det informert om bakgrunn for undersøkelsen og om hvordan den var tenkt gjennomført. Det ble også bedt om hjelp til å finne aktuelle informanter. Det var på møtetidspunktet bestemt at det bare skulle gjennomføres fokusgruppeintervjuer.

Resultatet av møtet var at det var enighet om at det for å skaffe seg mest mulig informasjon ville være fornuftig å intervju de fire distriktslederne for hjemmesykepleien og fire personer som arbeidet i hjemmesykepleien. Distriktslederne skulle informere om undersøkelsen blant sine ansatte, og

rekruttere fire informanter. For å få mest mulig bredde i informasjon skulle det være en ansatt fra hvert distrikt. Det skulle være omsorgsarbeidere eller hjelpepleiere, da distriktslederne var sykepleiere. Datoer for gjennomføring av fokusgruppeintervjuene ble satt opp.

Siden oppdraget om undersøkelsen var gitt av Askim pensjonistforening, ble det gjort en henvendelse til lederen for pensjonistforeningen for å prøve å få til et møte med 3-4 medlemmer. Hensikten med møtet var å få fram tanker og erfaringer de hadde med eldreomsorgen i Askim kommune. Et møte ble avholdt med tre personer fra pensjonistforeningen, FOU-leder ved HIØ, avdeling for helse- og sosialfag Gunnar Vold Hansen og prosjektleder.

Det ble utarbeidet en intervjuguide som skulle danne utgangspunkt for fokusgruppeintervjuene. Spørsmålene i intervjuguiden omhandler tjenester kommunen yter i henhold til sosialtjenesteloven og kommunehelsetjenesteloven. I tillegg er det lagt inn spørsmål som går på samarbeid med andre kommunale og statlige etater, om samarbeid med brukere og pårørende og samarbeid med frivillige. Det stilles spørsmål om dette for å få fram et bilde på en helhetlig eldreomsorg, og fordi det anses som nødvendig å ha en rekke tilbud og tjenester, et godt samarbeid med brukere og et godt tverretatlig samarbeid for å få til en velfungerende eldreomsorg.

Temaene i intervjuguiden ble også benyttet som utgangspunkt for samtalen med medlemmer fra Askim pensjonistforening.

3.3 Gjennomføringen av undersøkelsen

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på et møterom på Løkentunet. Alle informantene ble informert om at det var frivillig å delta i undersøkelsen, at vi,

som forskere, har taushetsplikt i henhold til forvaltningsloven § 13. Videre at alle dataene ville bli anonymisert. Det ble innhentet samtykkeerklæringer. Den ene fokusgruppen bestod av fire distriktsledere, alle sykepleiere. Den andre fokusgruppen bestod av fire ansatte fra hjemmesykepleien, en representant fra hvert distrikt. De var utdannet hjelpepleiere og omsorgsarbeidere. Hvert intervju varte i ca. 1,5 time, og det var Gunnar Vold Hansen og prosjektleder som ledet intervjuene. Intervjuene ble tatt opp på lydbånd.

Møtet med representanter fra Askim pensjonistforening var også på Løkentunet, og det varte 1 time.

4.0 Presentasjon av data

Presentasjonen av dataene er delt opp under overskrifter som beskriver hjemmehjelpstilbudet, hjemmesykepleien herunder natt-tjenesten, alternative botilbud, sykehjem, tilbudene på sykehjem, dagsentertilbud, støttekontakter, samarbeid med frivillige, brukere og pårørende, samarbeidet mellom ulike kommunale tjenester som psykiatritjenesten, legevakten og sykehuset. Videre er det en beskrivelse av hvordan behandling av henvendelser om tjenester foregår og rekruttering til hjemmesykepleien. Til slutt presenteres tanker om hva intervjupersonene mener burde prioriteres dersom det hadde vært mer ressurser til rådighet. Informasjonen fra møtet med representanter fra Askim pensjonistforening er lagt inn i denne presentasjonen, da de har samtykket til det.

4.1 Opplevelse av eldreomsorgen i Askim kommune

På spørsmål om hvordan eldreomsorgen i Askim fungerer svarte en informant:

”Mange er fornøyde, men det har vært mye nedskjæringer. Syns det kan virke som om ikke alle får den hjelpa de trenger.”

De øvrige intervjupersonene sier at budsjettene har vært stabile, så den økonomiske situasjonen er forutsigbar. Det har ikke vært nedskjæringer i budsjettet, men pasientpågangen varierer, og i den senere tiden har den vært stor. Det er flere å dele ressursene på, og det er flere dårlige brukere som bor hjemme. Erfaringene til informantene i Askim samsvarer med det statistikk viser, at antall eldre har økt de senere årene, spesielt de eldste eldre. De eldste eldre har høy grad av sykelighet og funksjonstap, noe som fører til økt etterspørsel av pleie- og omsorgstjenester.

4.2 Hjemmehjelpstilbudet

Noen av informantene sier at hjemmehjelpstilbudet er redusert, og at noen bare får halvparten av den hjelpen de hadde tidligere. Nå er det vanlig at alle får 1,5 time hjemmehjelp hver 14. dag.

”Det blir lite, det er klart. Noen klarer seg med det, men det er andre steder som det ikke fungerer som det bør gjøre da. Du vet at hvis du ikke klarer å gjøre noe som helst sjøl så kan du tenke deg hvordan det blir seendes ut.”

Oppfatningen er at 1,5 time hjemmehjelp hver 14. dag er for liten tid for mange til å få utført de praktiske oppgavene som det er behov for hjelp til. De rekker så vidt å støvsuge og vaske over gulver på den korte tiden.

” Så ho rekker ikke mer altså, så det er som ho ... sier, det er å gå etter klokka. Ho ser på klokka”.

Intervjupersonene mener at det å gi litt mer hjemmehjelp kunne ha forbedret situasjonen noe for de forvirrede personene og de alderspsykiatriske pasientene.

” Hadde det vært mennesker som hadde vært sammen med dem og gjort ting sammen med dem så hadde det vært bedre enn å få 1-1,5 time maks annen hver uke.”

”Også er det veldig mange enslige som har veldig behov for å snakke med hjemmehjelpa si. Og det er kanskje de eneste kontaktene de har. Og jeg vet dem sier: ”Kan du ikke sette deg ned litt. Kan vi ikke prate litt” og hjemmehjelpa står og ser på klokka til neste sted ho skal – så det går inn på dem som skal gi tjenesten og dem som skal motta tjenesten.”

Det kan også ta lang tid fra en søker til en får hjemmehjelp, noe som gjør at mange må ut på det private markedet for å få hjelp.

Intervjupersonene presiserer at alle er fornøyd med hjemmehjelperne sine, at de er flinke og at de gjør så godt de kan. Det som oppleves som problematisk er at de har for liten tid. Dette har vært opp på et dialogmøte i brukerrådet.

Representantene fra kommunen sier at det står på prioriteringslisten i pleie- og omsorgstjenesten, men det har ikke skjedd noe.

Hjemmesykepleien opplever at det at hjemmehjelpstilbudet er redusert har ført til et økt press på dem. Det gjør at de må hjelpe brukerne med oppgaver hjemmehjelperne gjorde tidligere, som for eksempel å skrive handlelister og ringe og bestille varer.

4.3 Hjemmesykepleien

Inntrykket til intervjupersonene er at brukerne er godt fornøyd med tilbudet de har på dagtid, men at de ikke er så fornøyd med natt-tjenesten. Inntrykket er også at det er lettere å få hjemmesykepleie enn hjemmehjelp.

”Ja det må dem jo få. Jeg tror ikke dem venter på hjemmesykepleie. Så stort sett så er det nok bra her i Askim”.

Informantene forteller at pågangen på hjemmesykepleien varierer, og at den i perioder er meget stor. I perioder hvor pågangen er stor har tjenesteyterne mange de skal besøke daglig. Da blir det liten tid til hver enkelt pasient, noe som kan bli problematisk i forhold til personer som trenger grundig oppfølging.

Hvorvidt det går bra å være hjemme for pasientene er mye knyttet til opplevelse av trygghet.

”Men vi ser jo også at det går veldig mye på trygghet. For hvis pasientene har det veldig trygt og godt hjemme, selv om pasientene er veldig dårlige, så fungerer det. Hvis de har pårørende som stiller opp og at hjemmesykepleien kan komme nok ganger så går det bra. Men er de veldig alene og er veldig utrygge, så skjærer det seg ganske fort. Og det er jo personavhengig. Men det er ofte veldig mange faktorer inne i bildet når folk enten skal være hjemme eller skal inn.”

Informantene mener at dersom hjemmesykepleien hadde hatt flere stillinger så kunne folk ha vært lenger hjemme. De kunne brukt litt lenger tid på besøkene, kunne hatt hyppigere tilsyn, kunne ha ordnet litt mat og hjulpet mer med hygiene. De kunne hatt mange forebyggende tiltak. De sier at ting var bedre før.

”Det er noe med at folk bor hjemme, og behovet øker. Folk blir sykere og sykere. Jeg tror også at folk har blitt mer obs. på hjemmesykepleien. Før var det mange som ikke visste hva vi drev med”

Hjemmesykepleien opplever at brukerne reagerer på at de har det travelt.

”Det er antageligvis fordi at ikke vi har så god tid. De ser antagelig på oss at vi er litt stressa, og da bruker de unødvendig alarmen.”

Det er mange som ringer alarmsentralen og spør hvorfor hjemmesykepleien ikke kommer. Intervjupersonene opplever at det at de har det så travelt har en negativ virkning. Dersom arbeidspresset ikke hadde vært så stort, så ville de ha vært litt mer avslappet, og de kunne tatt seg tid til å prate med folk. Informantene sier at

de prøver å være bevisste på at de ikke skal belaste brukerne med sin travle arbeidssituasjon, men det virker som om travelheten smitter.

Da vedtakene på hjemmesykepleie ikke er på tid, så er det ikke regnet ut hvor lang tid hvert enkelt besøk skal ta. Det kan være vanskelig å planlegge tiden for behovene varierer og de vet aldri hva de møter.

”Det kan være en som er oppløst i tårer og full av angst. En kan ikke bare gå i fra altså for at du skal videre. Du kan ikke bare si ha det og gå.”

I hjemmesykepleien har de lister å gå etter. En respondent forteller at hun kan ha 16 pasienter som hun skal hjelpe med dusjing, påkledning, tabletter osv. i løpet av en formiddag. Vakten begynner kl.7.30 og så er det rapport fram til kl.8.15, og så drar de ut. De må planlegge hvordan de skal bruke tiden selv.

”Det er bare å løpe inn til pasientene, og dem som skal ha tabletter. Se her har du tablettene dine, her har du vann. Nå må du ta dem. Ha det.”

På sånne dager opplever tjenesteyterne at de gjør en dårlig jobb. De forteller at noen pasienter blir lei seg når de har så dårlig tid, mens andre er vant til det og ikke bryr seg så mye om det.

En av intervjupersonene, som har jobbet lenge i hjemmesykepleien, sier at presset på hjemmesykepleien har økt betraktelig. Det har blitt ekstra stort siste året. Tidligere kunne de ta en kopp kaffe og litt mat sammen med pasienter som spiste litt dårlig, og hvor det var spesielt viktig at de spiste riktig mat.

”Det hjelper ikke med sårstell hvis pasienten ikke får i seg næring.”

En forteller fra et møte med en pasient:

*”Nå har jeg slutta med å bake kromkaker” Åh, sa jeg. Hvorfor har du gjort det?
”For nå har dere ikke tid til å spise det sammen med oss lenger”.*

”... vi er jo de eneste de ser mange ganger. For det er mange ensomme mennesker. Mange flere enn jeg trudde da jeg begynte i hjemmesykepleien. Det er jo synd at en ikke har tid til å ta seg den tida. Det tar jo ikke mer enn en to tre minutter og sitte der i lag med dem og supe litt, og så se at dem begynner å spise.”

Hjemmesykepleien prøver å ha faste tidspunkter for besøkene hos pasientene. De som skal ha tabletter, som må ha hjelp til å komme seg opp og som skal på dagsenter og blir hentet til faste tider får hjelp først. Det hender imidlertid at hjemmesykepleien må rykke ut på alarmer, og da blir det forskyvninger i tidsplanen. De forsøker å komme på de tidspunktene pasientene ønsker, men det er ikke alltid de klarer det fordi det skjer så mye uforutsett.

Erfaringene viser at når pasientene er på institusjon på et kortidsopphold da spiser og drikker de bra og fungerer bra. Informantene mener det er fordi de har noen å spise sammen med.

Det varierer mye hvor stort presset er på hjemmesykepleien og på institusjonshelsetjenesten. På intervju tidspunktet var det et stort press på sykehjemsplasser, både langtidsplasser og korttidsplasser, mens det i sommer var en helt annen situasjon. Situasjonen endrer seg fort.

Et tiltak som benyttes mye er kortidsopphold på sykehjem. Regelmessige kortidsopphold kan gjøre at pasientene ”kommer seg” så de kan klare seg

hjemme en periode igjen. Bruk av kortidsopphold på sykehjem kan være en måte å utsette behovet for langtidsplass på.

”Det er litt hele tida det å få det til å balansere, å få dem til å komma seg hjem igjen og så litt til, litt til, noen uker til. Sånn er det veldig ofte. Og dem fleste må ut og inn noen ganger selv om en ser at det ikke er optimalt så må de fleste det”.

Hjemmetjenesten har også ansvar for mange eldre psykiatriske pasienter.

Personer som er over 70 år er for gamle til å få tilbud fra psykiatrien, så da faller ansvaret på hjemmetjenesten.

”Så der er tilbudet alt for dårlig. Det er det ikke tvil om”.

Det er et psykisk helseteam i kommunen, men det er en øvre aldersgrense på 70 år. De som er over 70 år blir hjemmesykepleiens ansvar. Dette er personer som til tider kan være veldig ressurskrevende. De trenger mange ulike typer tilsyn, medisiner og oppfølging i forhold til medisiner.

”Jeg er 100 % sikker på at de hadde hatt det bedre hvis de hadde hatt egne boliger bofellesskap for sånne pasienter. Det er det ikke tvil om.”

Det blir flere og flere eldre med psykiske lidelser i Askim. Informantene synes det er lite tilbud til de gamle alderspsykiatriske pasientene. Det er ikke midler til de som er over 70 år. Det er de yngre som blir prioritert. Oppfatningen er at psykiske lidelser demper seg etter som folk blir eldre. Dette mener de ikke stemmer, og de opplever at mange som har behov for hjelp hjemmetjenesten ikke kan yte. Mange av disse pasientene har depresjoner og angst.

Forekomsten av depresjoner, demenssykdommer og andre forvirringstilstander øker med alderen, og blant personer over 80 år er forekomsten av aldersdemens 20 %. Informantenes opplevelser av at det blir flere gamle med psykiske problemer stemmer med hva forskning viser.

4.3.1 Natt-tjenesten

Når det gjelder natt-tjenesten, så er inntrykket at brukerne ikke er så godt fornøyd.

”...det kan ta opp til tre kvarter før de kommer om natten, og det kan jo være mye det hvis man absolutt må opp. Man kan ikke vite på forhånd når man må opp for å gå på do”.

”.....men, jeg tror nok det kan gå lengre tid også, ja for det er to sykepleiere på natta. De kan være oppe i den ene enden av bygda og så ringer det fra den andre enden av bygda, så det kan nok ta sin tid. Jeg synes egentlig at to stykker på natta er litt lite jeg. Det skulle vært noen til”.

Askim er en forholdsvis stor kommune i utstrekning. Natt-tjenesten består av en nattpatrulje på to personer, som skal gi tilbud til brukerne i hele kommunen. Som hovedregel skal de to nattevaktene kjøre sammen pga tryggheten, men det hender de deler seg for å utføre småoppdrag. Nattevaktene begynner kl.22.00, og det første de gjør er å ringe inn rapport fra alle distriktene. Deretter skal de legge noen brukere med kroniske sykdommer, og så må de rykke ut på eventuelle alarmer.

På grunn av begrenset kapasitet så må brukere som skal ha hjelp til å legge seg gjøre det når det passer for nattpatruljen. Tilbudet til mange er at de må legge

seg enten veldig tidlig eller veldig sent. Det kan være klokken halv ni, ni eller at de må vente til klokken to eller senere for å få hjelp.

”Jeg har vært borte i at folk har sittet oppe til klokken halv fem og fem fordi det har ikke vært mulig å legge dem for det har vært dødsfall og alarmer. Det er faktisk ståa på natta”.

”Det er et annet problem som har dukket opp. Jeg lurte på om det er et generasjonsskifte på vei jeg. Det er flere som vil være lenger oppe om kvelden, og det må de jo få lov til syns i hvert fall jeg. At dem må få legge seg når dem vil.”

Det er vanskelig å planlegge for nattpatruljen og å angi tid for besøk da det skjer så mye uforutsett. Det kan være alarmer eller dødsfall. Da må de rykke ut til det med en gang. Fordi det er begrenset hvor mange alarmer natt-tjenesten kan betjene, er det vanskelig å få trygghetsalarm i Askim. Tilbudet er begrenset.

” Takket være at vi har så enormt gode ansatte så går det så bra. Dem er så selvstendige og flinke.”

Intervjupersonene skryter av ansatte i natt-tjenesten, de er så selvstendige og flinke.

Mulighetene for å styrke natt-tjenesten har vært tatt opp. Det er på tale å styrke den i perioder hvor det er ekstra mye å gjøre eller når været er ekstra dårlig

4.4 Alternative botilbud

Et alternativ til å flytte på sykehjem kan være å flytte i omsorgsbolig. Det kan være et stadium mellom å bo hjemme i vanlig enebolig eller i leilighet og det å bo på sykehjem. Hjemmesykepleien anbefaler brukere i mange tilfeller å søke omsorgsbolig eller trygdebolig når de ser at det ikke fungerer der de bor på grunn av for upraktiske boliger. Begrepet omsorgsbolig blir i mange tilfeller misforstått, spesielt i tilfeller hvor omsorgsboligen ligger i tilknytning til sykehjemmet. Det er ikke knyttet tjenester, fast bemanning, til omsorgsboliger. Det er hjemmetjenesten som ivaretar dem som bor der. De får hjelp som om de er hjemmeboende, og det er ingen selvfølge at en får hjemmesykepleie selv om en bor i en omsorgsbolig. Imidlertid viser det seg at de fleste som får tildelt omsorgsbolig trenger litt hjelp. Fordelen med å bo i omsorgsboliger tilknyttet sykehjemmet er at det er en tryggere måte å bo på. Det er vanskelig å forstå for mange at de ikke like godt kan få et rom på sykehjemmet som en omsorgsbolig, for de mener selv at de ikke trenger mer enn et rom.

Informantene forteller at det finnes en del omsorgsboliger eller trygdeboliger som er private. I en privat omsorgsbolig er det en stasjonær nattevakt. Den omsorgsboligen er populær fordi det er mulig å få hjelp på nettene der.

”Jeg ser at det kunne ha vært flere boliger av den typen hvor det er en til stede på nattestid.”

Informantene mener at presset på sykehjem kunne ha vært avhjulpet ved at det hadde vært opprettet flere bofellesskap med døgnbemanning. De sier det at det er et stort behov for døgnbemannede bofellesskap, særlig i forhold til mennesker som er på et tidlig demensstadium, og i forhold til alderspsykiatri.

”Det kunne absolutt ha hjulpet presset på sykehjemmet”.

Nå er det sånn at psykiatriske pasienter bor i samme hus som eldre. Dette kan være problematisk fordi de eldre ikke forstår problemene til enkelte personer med psykiske lidelser, og det hender at de blir redde. Ansatte i hjemmesykepleien kan ikke si noe og forklare hva som foregår på grunn av taushetsplikten. De er derfor av den oppfatning at det hadde vært fint å ha hatt boliger som hadde vært for ulike brukergrupper.

Intervjupersonene sier at det mangler et ledd her, mellom det å bo alene og det å være på sykehjem. Da Løkentunet ble bygd var det meningen at det skulle være tilbud til alderspsykiatri i den ene fløyen, men så ble sykehuset nedlagt. Kommunen overtok da ansvaret for den palliative enheten som var på sykehuset, og den ble lagt til den fløyen hvor det skulle ha vært alderspsykiatrisk boenhet.

4.5 Sykehjem

Flere eldre og syke bor hjemme lenger.

”Det er flere forskjellige årsaker til at folk er hjemme. Noen vil jo være hjemme og”.

Hvor lang tid det tar å få plass på sykehjem varierer. Det er behovet som avgjør. Søkerne tas som regel inn på et vurderingsopphold først. Dersom det kan tilrettelegges i hjemmet så forsøker en å få til at vedkommende kan være hjemme litt lenger. Der hvor det ikke er mulig ordnes det plass på sykehjemmet. En kan ofte se personer som kvikner til og fungerer bra når de er på vurderingsopphold, men som blir raskt redusert når de kommer hjem igjen.

Hvor lenge folk kan være hjemme har sammenheng med hjemmesykepleiens ressurssituasjon. Dersom pågangen på hjemmesykepleien er stor, kan de ikke ta seg av alvorlig syke brukere hjemme. I roligere perioder er det ikke noe problem. Da har de muligheter til å bruke mye tid hos den enkelte.

”Det kommer jo an på om det er nødvendig. Hvis det er sånn at vi kommer til at det er nødvendig så ordner vi det oftest, men det er jo sånn at hjemmetjenesten skal tilrettelegge sånn at de kan være hjemme lenger. Det er litt sånn kommunepolitikken er”.

Intervjupersonene sier at det kan være vanskelig å vite hvorvidt sykehjemsplass eller hjelp i hjemmet er det riktige tilbudet, for behovene er ulike og brukere har ulike ønsker. Noen ønsker sykehjemsplass, andre ikke. Det skal imidlertid grundig dokumentasjon og tungtveiende grunner til for å få en plass på sykehjem

Det er mange som søker langtidsplasser på sykehjem hvor det vurderes at behovet ikke er til stede. Søkerne blir ofte skuffet og lei seg over avslagene, men når de får begrunnelser for avslagene så er det som regel greit. Noen ganger må søknader om langtidsplasser avslås fordi tilbudene ikke er tilgjengelige, selv om det er fra personer som har et reelt behov.

”Trenger man ikke en langtidsplass så trenger man det ikke. Da syns jeg det er greit å ha dem hjemme, men det er i de situasjonene hvor vi også syns det hadde vært greit med en langtidsplass. Det er da der ikke er greit å stille seg bak vedtaket etterpå”

Det er mange pasienter som selv tar initiativ til å søke om sykehjemsplass. De ønsker seg inn på sykehjem for det sosiale, det å ha noen rundt seg, eller så kan

det være at de er så syke at de ikke tør å være hjemme lenger. Det forekommer også at pårørende presser foreldrene til å skrive under på søknader om plass på sykehjem selv om de egentlig ikke ønsker det. Pårørende ønsker også ofte sykehjemsplass til sine når det mentale svikter. Det kan også være at hjemmesykepleien oppfordrer pasientene til å søke sykehjemsplass, fordi de vurderer at nå kan de ikke gi forsvarlig pleie hjemme lenger.

Når det gjelder de i aldersgruppa 85-90 så er det mange som vil på "hvilehjemmet". De syns at nå er det deres tur til å komme på "hvilehjemmet" for det var vanlig før. Da søkte de, og så fikk de et lite rom der. Det at de ikke ønsker å bo hjemme lenger, betyr nødvendigvis ikke at hjelpebehovet er så stort. Hjemmesykepleien hører ofte utsagn som:

"Nei nå skulle jeg ha vært på hvilehjemmet." "Jeg trenger ikke mer enn et rom. Jeg trenger ingen leilighet".

Utrygghet er et av argumentene for å søke om sykehjemsplass. Det at natt-tjenesten er begrenset og trygghetsalarmer er begrenset kan føre til at folk føler behov for å komme på sykehjem.

Intervjupersonene gir uttrykk for at de trives med å jobbe i hjemmetjenesten, at de trives med mesteparten av oppgavene. Det de opplever som vanskelig er når det er mange som ønsker seg inn på sykehjem, men som ikke får plass. Mange blir vurdert på kortidsavdelinger i for eksempel 14 dager. Så sendes de hjem.

"Og dem er så spreke og dem er så oppegående når dem er der. Og det er jo så flott og så fint, men det er ikke alltid at vi ser det når de kommer hjem der. Det blir ensomt, det blir vanskelig å spise aleine, det blir vanskelig, det blir utrygt. Det er min erfaring og at det er to vidt forskjellige ting – inne og hjemme."

Det er personer som er på sykehjem som heller ville ha vært hjemme, som trives best hjemme. Imidlertid er det mange som ønsker sykehjemsplass som ikke får det, noe informantene opplever som problematisk. Noen av informantene mener det burde ha vært bygd flere sykehjemsplasser enn omsorgsboliger. De har erfaringer med at det er personer som får tildelt omsorgsbolig som ikke har nytte av det. De kan bo der en liten stund.

”Jeg ville ha satsa mer på sykehjemsplasser.”

Intervjupersonene opplever at det er en økning i antall pleietrengende, og at det er for lite flyt i det tilbudet kommunen gir. De mener at de skulle disponert en akuttplass på sykehjemmet sånn som de gjorde tidligere. Da var det sånn at dersom det var noen som var veldig syke, så fikk de på kort tid en plass på Løkentunet. Nå er presset større både på hjemmesykepleien og på sykehjemmet, og dermed er det vanskelig å få noen inn på Løkentunet. Når hjemmetjenesten ikke får sendt de som trenger det på sykehjemmet krever det økt ressursbruk i hjemmetjenesten. Bemanningen er styrket i hjemmesykepleien fordi de har fått flere og mer krevende pasienter hjemme. Vanligvis er det tre på vakt på kvelden, men fra klokken seks til klokken ti er det nå økt til fire, noe informantene er godt fornøyd med.

4.5.1 Tilbudene på sykehjem

Intervjupersonene har inntrykk av at de som bor på sykehjemmet har det bra, men at tilbudene varierer på de ulike avdelingene. Det er noen erfaringer med at bemanningen er for lav på en avdeling. Beboerne blir sittende mye passive og alene.

”Det er det at dem er så mye aleine, men det er klart at det er fordi dem er for lite folk. Jeg tenker på sånn som han, det er flere av dem da, de kan jo ikke snakke. Jeg tenker på da hvis dem er redde og ikke får sagt noe. Det må jo være forferdelig. Det er vel derfor dem prøver å ta tak i noen når det kommer noen. Dem som kan snakke, da roper dem på når dem ser dem går i gangene.” Kom hit a, kom hit a”. Det er for lite folk altså”.

Det klages ikke på ansatte, men på at det er for få ansatte på noen avdelinger.

”For stakkars dem jentene som er der, dem flyr jo beina av seg dem altså. Men derfor ser jeg stor forskjell på de to avdelingene,.....”.

Det er imidlertid ingen som har klaget på bemanningen på avdelingene på sykehjemmet til brukerrådet .

4.6 Dagsentertilbudet

Kommunen har to dagsenter. Det er et dagsenter for demente, som er oppe en dag i uken. Så er det et dagsenter for såkalt friske eldre. Det er åpent tre dager i uken. Åpningstidene på kommunens dagsenter er redusert. Brukere av dagsentrene må ha tildelt plass, de kan ikke bare stikke innom når de ønsker det. Det er mange som ønsker dagsenterplass, det er nesten alltid venteliste. Intervjupersonene mener at det er behov for at dagsenteret hadde vært åpent fem dager i uken. Nå tilbys det plass en, to eller tre dager i uken. Tilbudene varierer. De pasientene som får plass er de som er dårligst og som bor hjemme sammen med en ektefelle. Dersom ektefellen er veldig sliten, så forsøker man å få til tilbud på dagsenter tre dager i uken.

”Jeg syns at det med dagsenter er et godt virkemiddel til å få de eldre til å kunne bo hjemme lenger. At det skjer noe på dagen”.

”Det kan jo hjelpe på litt for dem som er hjemmeboende og er mye aleine at de kommer ut og har noen å spise sammen med de dagene.”

Oppfatningen er at det er beklagelig at dagsenteret har redusert tilbudet, da det fungerer som et forebyggende tiltak. Det har vært et viktig tilbud for dem som har hatt behov for noen gode måltider og noen å snakke med. Det har vært tatt opp om ikke tilbudet bør utvides igjen.

Underernæring forekommer blant eldre fordi de kan ha problemer med å ordne seg mat, med å spise eller at de har dårlig appetitt, eller det kan skyldes sykdommer eller bivirkninger av medisiner. Det har vist seg at hjelp til ernæring har ført til mindre behov for pleie- og omsorgstjenester. Depresjoner, demenssykdommer og forvirringstilstander er også problemer blant eldre, og det kan være knyttet til sykdommer eller til livssituasjonen, til ensomhet. Det å treffe andre mennesker på dagsenter kan forebygge ensomhet og depresjoner. Forskning viser at det å gi brukere hjelp til ernæring og aktivitetstilbud har ført til at de har fått bedre helse og har hatt mindre behov for pleie- og omsorgstjenester. For personer med demenssykdommer er dagsentertilbud viktig som aktivitetsterapi og mental trening.

4.7 Støttekontakter

Intervjupersonene er enige om at bruk av støttekontakter kan være et aktuelt tilbud for ensomme eldre som har behov for å komme seg ut. Det er sosialkontoret som har tildeling av støttekontakter. Informantene mener det har

blitt vanskeligere å få støttekontakter nå enn det var tidligere. I tillegg er det vanskelig å rekruttere støttekontakter fordi det tildeles få timer og lønnen er lav.

4.8 Tilbud fra frivillige

Frivillighetssentralen har noe tilbud om støttekontakt, og noen pasienter har regelmessig andre tilbud gjennom frivillighetssentralen. Frivillighetssentralen arrangerer også julekveld for de som bor på eldresenteret, et tilbud mange benytter seg av. Hjemmesykepleien har god kommunikasjon med Frivillighetssentralen.

Andre frivillige organisasjoner som Normisjonen, Frelsesarmeen og Røde Kors har også tilbud til eldre. De henter en del eldre og tar dem med på møter. Røde Kors skaffer også besøksvenner som er ressurspersoner for mange gamle. De hjelper til med handling og andre praktiske ting, og så stikker de innom og hilser på. De har også en samling hver fredag.

Intervjupersonene forteller at det er mange eldre som er ensomme og engstelige, men det er ikke alle som vil ha hjelp av frivillige eller ha støttekontakt. Det er ikke alle som er så sosiale eller som har utbytte av det. Det beste tilbudet for noen kan være det å ha noen rundt seg, å ha noe å se på og noen å spise sammen med.

4.9 Samarbeid

4.9.1 Samarbeid med brukere og pårørende

Intervjupersonene er enige om at samarbeidet med pårørende er bra. Når kontakten først er etablert så fungerer det som regel greit. Det hender at noen

kvier seg for å ha kontakt med ”systemet”, med de ulike tjenestene. Erfaringene er at mange pårørende gjør en stor innsats, at de er en ressurs. Hvor mye kontakt hjemmesykepleien har med pårørende varierer.

En del pårørende har store forventninger til hva hjemmesykepleien kan utrette. Det gjelder også i tilfeller hvor det er konflikter mellom pasienter og pårørende. Da hender det at hjemmesykepleien blir blandet inn i konfliktene og at pårørende sier til hjemmesykepleien:

”Vi vil at mor skal ditt, og vi vil at mor skal datt”, men vil egentlig mor det der? Den problemstillinga har vi. ”Mor skal dusje i dag. Dere har bare å dusje ho. Bare tving ho. Om ho sier nei, så bare tving ho.”

Det kan være vanskelig å få enkelte pårørende til å forstå at hjemmesykepleien ikke kan tvinge noen til å gjøre noe de ikke vil, og at de ikke kan blande seg inn i konflikter mellom pasienter og pårørende.

Det oppstår også en del akutte situasjoner hvor hjemmetjenestene må hjelpe folk med ting som egentlig ikke er deres ansvar. Det kan være at pårørende til pasienter for eksempel kommer på sykehus, og det blir vanskelig for den som blir igjen å klare seg. Da hender det hjemmesykepleien må hjelpe med mange ulike oppgaver. De må hjelpe til å ordne opp. Det hender de hjelper til så det blir oppnevnt hjelpeverge.

Det er ulikt hvor godt orientert folk er i forhold til hvilke tilbud som finnes, og mange vet ikke hvilke hjelpetilbud kommunen har. Det de fleste kjenner til er sykehjem, derfor søker de på sykehjem. Når de blir fortalt hvilke tilbud som finnes, endrer de ofte oppfatning. En viktig oppgave intervjupersonene mener de har er derfor å informere om hvilke tilbud kommunen har.

Askim kommune har gode hjemmesider på internett hvor det ligger mye opplysninger. Pårørende blir bedt om å orientere seg der, hvis de har mulighet til det. En del pårørende benytter internett, og hjemmesykepleien har også kontakt med pårørende via mail. Dette er imidlertid ikke tilstrekkelig, da pårørende ofte ønsker å vite noe konkret om sin situasjon. Informasjonen som ligger på nettet kan også være vanskelig å forstå, hva det som står egentlig betyr.

”Det er noe med den menneskelige kontakten.”

Informantene bruker mye tid på å forklare ting og orientere om hva som finnes av tilbud. De tror internett vil bli mer brukt i fremtiden.

Når hjemmesykepleien får melding om en ny bruker så drar de på et førstegangsbesøk og kartlegger behovet til brukeren. Det kan være en fordel at brukeren er alene for at de skal få god kontakt og for at de skal få fram brukerens ønsker og behov. Dersom hele familien er til stede på førstegangsbesøket hender det at det kan være vanskeligere å få fram brukerens ønsker. Det er ikke alltid hjemmesykepleien kan innfri brukerens ønsker. Informantenes erfaringer er imidlertid at det brukeren mener er sitt hjelpebehov som regel stemmer med hva de mener er vedkommendes behov.

Intervjupersonene presiserer at det er viktig å ha god kommunikasjon og å skape forutsigbarhet. Det vil si at de må informere om og forklare hva de kan hjelpe med og hva de ikke kan hjelpe med. De opplever det imidlertid som problematisk at det kan være oppgaver som er viktige for folk som de ikke kan utføre.

”At en har en plan over ting sånn at dem ikke bare tror at ”Kan du dra i butikken for meg i dag eller? Stikker du på postkontoret for meg eller?”

Intervjupersonene forteller at de strekker seg langt for å hjelpe, for at folk skal ha det bra. Av og til hender det at de gjør ting uten å snakke høyt om det. Det kan være å rulle opp hår, kjøre og kjøpe røyk eller andre ting. Det har til og med hendt at de har hjulpet folk å flytte.

4.9.2 Samarbeidet mellom ulike kommunale tjenester

Det er lite samarbeid mellom *fysioterapitjenesten* og hjemmesykepleien.

Fysioterapitjenesten har lite ressurser, og de satser mest på barn og på rehabiliteringen. Hjemmesykepleien opplever at det er enklere å ringe til hjelpemiddelsentralen eller til private fysioterapeuter for å få hjelp enn å kontakte den kommunale fysioterapitjenesten.

Når det gjelder samarbeid med *ergoterapitjenesten* så fungerer det mye på samme måte som med fysioterapitjenesten. Det er ansatt to ergoterapeuter i Askim kommune. Den ene jobber primært mot barn, og den andre jobber på rehabiliteringen.

Hjelp til tilrettelegging i hjemmene er noe hjemmesykepleien ofte ordner selv. Dersom de må ha hjelp av ergoterapeut for eksempel til å skaffe større hjelpemidler som rullestoler, tar det ofte lang tid. For at det skal gå fortere å få tak i hjelpemidler så har kommunen lært opp såkalte rekvirenter for hjelpemidler. Det er personer som er ansatt i pleie- og omsorg, og som kan rekvirere enklere hjelpemidler. Denne ordningen fungerer bra. Dersom ikke nødvendige hjelpemidler skaffes raskt, kan det gå ut over både pasienter og hjemmesykepleien. Ansatte forteller om tilfeller der personer har måttet flytte på

sykehjem fordi hjemmesykepleien ikke hadde tilstrekkelige hjelpemidler til å klare å gi hjelpen i hjemmet. Forflytningshjelpemidler som pasientløftere er de særlig avhengig av.

Psykisk helseteam skal gi støtte til personer med psykiske lidelser og med rusproblemer eller til personer hvor det er en kombinasjon av psykiatri og rus. Psykisk helseteam er et ambulant team som også har en veiledningsfunksjon overfor hjemmesykepleien. Teamet består av fem seks personer. Før bestod det bare av sykepleiere, nå har de også sosionom og barnevernspedagog. Da barnevernspedagoger og sosionomer ikke kan sette injeksjoner, så må psykisk helseteam ha hjelp til dette av hjemmesykepleien.

Legevakten har hjemmesykepleien tett samarbeid med. Informantene forteller at samarbeidet fungerer godt, spesielt med sykepleierne der.

4.9.3 Samarbeid med sykehuset

Sykehuset i Askim er i ferd med å forsvinne helt. Både lederne og ansatte i hjemmesykepleien sier at det oppleves som tungt.

”Det er tungt, tungt i perioder, og det er tungt å kommunisere med dem.”

Det at sykehuset er langt unna vanskeliggjør samarbeidet, og det gjør at ting tar lenger tid. Det blir mer tungvindt. Askim har legevakt på ettermiddagen og kvelden, men der kan de blant annet ikke få tatt røntgen. Det blir mye reising for de gamle.

”Det er lange dager for å reise av gårde og få undersøkt seg.”

Dersom de gamle ikke har pårørende som kan følge seg, må hjemmesykepleien finne noen som kan følge dem. Det medfører mye ekstra tilrettelegging, og dersom det er noen som ikke kan sitte så må det skaffes ambulanse. Det er mye frakting fram og tilbake, og mye praktisk tilrettelegging som er tidkrevende. Det blir sånn sett en belastning for kommunen, for det går av kommunens ressurser og på bekostning av andre oppgaver.

”Jeg syns at når folk ikke har pårørende, så må vi stille opp. Vi prøver å begrense det, men det er ingen god følelse å begrense det når en vet at en gammel dame trenger følge, at ho er litt redd og. I det hele tatt det er veldig vondt å sende ho aleine da.”

Tidligere fikk de frivillige til å bli med på sykehuset, men nå foregår transporten ofte med samledrosje, noe som gjør at reisen til og fra tar lang tid. Det kan gå en hel dag på å bli med en pasient til undersøkelse på sykehus. Konsekvensen er at det er færre som vil gjøre det. Det er lettere å få hjelp av frivillige til noe når det foregår i egen kommune.

Det er en utfordring for kommunene å yte helhetlige og kvalitative gode helse- og sosialtjenester. Det anses som en nødvendighet med tverrfaglig og tverretatlig samarbeid for å få dette til.

4.10 Behandling av henvendelser om tjenester

Det er en mottakskonsulent i kommunen som tar i mot alle henvendelser som gjelder pleie- og omsorgstjenester. Det er søknader på tjenester som hjemmesykepleie, sykehjemsplass, hjemmehjelp, praktisk bistand og brukerstyrt personlig assistanse (BPA). Noen søknader behandler mottakskonsulenten alene, andre sammen med tiltaksteamet. Tiltaksteamet er et team hvor representanter

for hjemmesykepleien og for institusjonshelsetjenesten sitter. De samarbeider godt. Henvendelser fra sykehus eller legevakt kan gå direkte til hjemmesykepleien, når det er behov for at tiltak settes i gang fort.

Hjemmesykepleien er forpliktet til å behandle alle henvendelser, også de som kommer direkte fra privatpersoner. De må alltid vurdere hva de kan gjøre. Går henvendelsene direkte til hjemmesykepleien, så informerer de mottakkonsulenten. Så sendes det en søknad i etterkant av henvendelsen.

Det er ikke ofte noen klager på tilbudene de får eller på manglende tilbud. Det hender ressurssterke pårørende klager, men for brukere kan det være vanskelig å klage på grunn av høy alder eller sykdom.

Praksis har vært at vedtak på hjemmesykepleie fattes ut fra beskrevet behov, ikke på tid på tjenester. Det er fordi hjelpebehovet kan variere fra dag til dag, og fordi det er vanskelig å angi hvor lang tid det vil være behov for. I vedtaket beskrives hva man skal ha hjelp til. Hjemmesykepleien skal gå over til et annet rapporteringssystem, Gerica. Da skal det legges inn tid også på hjemmesykepleie. Hjemmesykepleien vurderer hele tiden den hjelpen den enkelte får, så hvis de ser at det er behov for mer hjelp, kan de gå inn og endre vedtaket på dagen. Dette er noe de gjør hele tiden.

Vedtak på hjemmehjelp fattes på timer. For å få utvidet tilbudet om hjemmehjelp må det søkes.

4.11 Rekruttering av ansatte til hjemmesykepleien

Det kan være litt problemer med å rekruttere sykepleiere til hjemmesykepleien. Informantene forteller om litt ulike erfaringer fra de forskjellige distriktene. Det hender de har sykepleierstillinger stående ledig fordi de ikke får søkere. Hvor

stabile sykepleierne har vært varierer også. Ledige stillinger er vanskeligst å dekke opp i helgene. Det dekkes som oftest opp ved at andre ansatte tar ekstra vakter. Omsorgsarbeidere og hjelpepleiere er stabile. En forklaring på problemene med å rekruttere sykepleiere mener informantene kan være at lønnen er høyere i nabokommunene.

Det har vært satt i verk tiltak, intern undervisning, i åpen omsorg for sykepleierne for å bedre deres arbeidssituasjon. Det har vært ikke vært noen suksess fordi det er vanskelig for sykepleierne å prioritere det når de har så mye annet å gjøre. Internundervisningen er også lagt på et tidspunkt som passer dårlig for ansatte i hjemmesykepleien.

”Det er ikke så lett når alarmen ringer.”

Det berømmes at tiltaket med intern undervisning kom i gang. Undervisningen har vært knyttet til palliativ avdeling og til temaer som lindrende behandling og lignende.

Intervjupersonene er opptatt av problemene med at det er så mange små stillinger i helsevesenet. Mange tar ekstravakter for å få full stilling og for å dekke opp vakante sykepleierstillinger og for å få kontinuitet i jobben.

4.12 Informantenes tanker om prioritering av tilbud

Intervjupersonene mente at dersom de hadde hatt mer penger så ville de først og fremst ha styrket natt-tjenesten og så ville de opprettet bemannede bofellesskap. Tredje prioritet var å utvide dagsentertilbudet.

”Vil de skal de få lov til å komme på dagsenter en, to, tre eller fem dager i uken.”

Tiltakene mente de ville ha avlastet både hjemmesykepleien og presset på sykehjemsplasser.

”Jeg tenker at de funksjonene kunne avhjelpe trykket på institusjonene jeg da. Jeg har ikke noe inntrykk av at pårørende ønsker mor og far inn på sykehjem, men de ønsker at de skal ha et godt og trygt tilbud. Og det er ikke nødvendigvis sykehjem, for det er mange som vil vente litt og se an om mor eller far kan klare seg hjemme. Og bare de har det godt, så er de ikke så opptatt av hva tilbudet er.”

For øvrig gis det uttrykk for at det er behov for en økt bemanning i hjemmesykepleien generelt også, for de har store utfordringer. Det er stort påtrykk fra sykehuset, det er sykere folk som kommer hjem, og de må være hjemme lenger. De ønsker at de kunne hatt bedre tid hos pasientene. En økning med en stilling til på dagtid ville hjulpet mye.

Andre type tjenester som ville lettet presset på hjemmesykepleien er styrking av rus- og psykiatritilbudet. Det er stadig flere rusmisbrukere som får tjenester fra hjemmesykepleien. Mange av disse personene er ressurskrevende, og av sikkerhetsmessige årsaker må de være to sammen når de skal yte tjenester hjemme hos dem. Det blir også flere og flere eldre med psykiske problemer som trenger hjelp fra hjemmesykepleien. Det psykiske helseteamet som er i kommunen har ikke anledning til å følge opp pasientene daglig, og de har heller ikke nok sykepleiere til å sette depotinjeksjoner lenger. Psykisk helseteam gir en oppfølgingssamtale en gang i uka eller en gang hver 14. dag. Hjemmesykepleien

ønsker mer ressurser så de kunne bruke mer tid på disse pasientene til blant annet samtaler.

”Det syns jeg det blir veldig liten tid til. Det blir innom med tablettene, si hei og så reiser vi igjen. Besøket er gjort på noen få minutter”.

For å styrke kompetansen i hjemmesykepleien kunne en psykiatrisk sykepleier ha vært en ressurs, mener en informant. I Askim kommunes psykiatriplan, som ble utarbeida på 90-tallet, stod det at det skulle være en psykiatrisk sykepleier i hjemmesykepleien. En informant forteller at det var en periode de hadde det, og det opplevde de var nyttig.

For øvrig mener informantene at matombringing også er et godt tilbud, og at et utvidet samarbeid med frivillige organisasjoner kunne lettet presset på hjemmesykepleien og på sykehjemsplass. Deres klare oppfatning er at dersom de hadde hatt bedre tid hjemme hos pasientene og hvis dagsentertilbudet hadde blitt styrket, da kunne folk ha vært hjemme lenger. De som har arbeidet i hjemmetjenestene i kommunen i mange år mener det var bedre tidligere. En forteller fra den gangen hun var hjemmehjelp.

”Når jeg kom på jobben på morgen, det så dem fram til, da sto frokostbordet ferdig vet du. Jeg behøvde ikke prøve å finne vaskebøtta før jeg hadde spist altså. Men sånt er det helt slutt på. Det er ikke det jeg mener at vi skal sitte bortover å spise, men for det har vi mista. Det er mer hektisk. En og en halv time hver 14. dag har mange, og hva er det?”

Alle informantene er enige i at de kunne hatt god bruk for mer ressurser, mer penger, og de ville visst godt hvor de skulle brukes.

”Det skulle ikke vært noe problem. Vi kunne ha brukt det på en fornuftig måte på ulike områder”.

Når det gjelder behovet for helse- og sosialtjenester til eldre så vil behovet variere.

”Vi kommer aldri utenom at behovet for sykehjemsplasser svinger, behovet går i bølger og tilgangen på plasser går i bølger og det er ikke alltid det stemmer over ens. Det må vi bare lære å leve med.”

5.0 Oppsummering

Dataene som er innsamlet gjennom denne undersøkelsen viser at informantene har ganske like erfaringer og oppfatninger om eldreomsorgen i Askim kommunene. Det de forteller samsvarer i stor grad med det representantene fra Askim pensjonistforening fortalte. Hovedinnholdet i det som kom fram under datainnsamlingen var:

- Det var en opplevelse av at det hadde vært nedskjæringer på budsjettet. Det hadde det ikke vært, for rammene var de samme, men det var flere pasienter å dele ressursene på. Hjemmesykepleien har flere pasienter, og flere alvorlig syke pasienter er lenger hjemme.
- Hjemmehjelpstilbudene er redusert. Dette fører til mindre hjelp til praktiske oppgaver og mindre tid til sosial kontakt. Dette igjen fører til mer press på hjemmesykepleien, da de må utføre oppgaver hjemmehjelperne gjorde tidligere, og det blir flere utrygge pasienter.
- For hjemmesykepleien er det mest press på natt-tjenesten. Den har for liten kapasitet. Askim kommune er en stor kommune i utstrekning, noe som gjør at reising tar mye tid. Med mange syke pasienter skjer det mye uforutsett. Natt-tjenesten har mange utrykninger på trygghetsalarmer i tillegg til faste oppdrag som å hjelpe pasienter til å legge seg. Stramt tidsskjema fører til at de som må ha hjelp til å legge seg enten må legge seg tidlig eller sent på natt. Det er vanskelig å imøtekomme pasientenes ønsker og behov når det gjelder leggetider, noe som oppleves som urimelig, spesielt i forhold til yngre pasienter.
- Det varierer hvor stort press det er på hjemmesykepleien på dagtid, men presset er ofte stort og har økt de senere årene. Det er mindre tid til rådighet hos hver enkelt pasient, noe som oppleves som lite tilfredsstillende da det er mange ensomme gamle. Besøket fra

hjemmetjenesten er ofte de eneste menneskene pasientene ser. Når hjemmesykepleien er presset og har dårlig tid reagerer pasientene på det. Det kan ses gjennom at de bruker trygghetsalarmene sine oftere. Det kan være for å spørre om ting eller for å sjekke om hjemmesykepleien kommer. Det virker som de blir mer utrygge. Informantene sier at trygghet ofte er det som avgjør hvor lenge folk kan bo hjemme. Knapphet på tid på hjemmebesøkene kan føre til at hjelpen de får ikke blir bra nok. De får ikke nok hjelp til å spise, får ikke i seg nok drikke noe som igjen gir andre komplikasjoner.

- Det har blitt vanskeligere å folk inn på kortidsopphold på sykehjemmet. Kortidsopphold kan benyttes for å forlenge muligheten til å kunne bo i eget hjem. På kortidsopphold får pasientene godt stell, mat, drikke og noen å være sammen med. Det gjør at de fleste blir ”bedre”, noe som kan føre til at de klarer seg hjemme litt lenger. Kortidsopphold kan forebygge langtidsopphold på sykehjem.
- Alderspsykiatriske pasienter bør ha egne botilbud. De har ofte problemer som kommer til uttrykk på måter som gjør at andre gamle blir redde for dem.
- Omsorgsbolig et ledd mellom å bo hjemme og å bo på sykehjem. Det følger ingen tjenester med det å få tildelt omsorgsbolig. Dette må det søkes om. Erfaringene er at de fleste som bor i omsorgsbolig trenger hjelp. En nattevakt knyttet til omsorgsboligene kunne gjort at de kunne bodd der lenger. Eldreomsorgen kunne blitt en omsorgskjede fra tilbud i hjemmet, omsorgsbolig og sykehjem. Som det er nå mangler det et ledd mellom hjemmesykepleie og sykehjem. Omsorgsbolig med nattevakter kunne særlig vært et godt tilbud til aldersdemente.
- Det varierer hvor lang tid det tar å få sykehjemsplass. Det er behovet som avgjør, men sånn som situasjonen er nå så tar det lang tid. Når noen får sykehjemsplass så er det ofte fordi de er så syke at det ikke er trygt å være

hjemme lenger eller at de trenger så mye hjelp at hjemmesykepleien ikke har kapasitet til hjelpe dem. Det går også på trygghet, hvor trygge pasientene føler seg. Føler de seg trygge kan de bo lenger hjemme. Her spiller det også inn hvorvidt de har pårørende. Akuttplasser på sykehjemmet kunne også forebygge langtidsopphold i sykehjem. Det å få plass når det er akutt behov for det, for så å flytte hjem igjen når situasjonen bedret seg kunne gjøre det mulig å bo hjemme lenger.

- Det er satt et tak på tildeling av trygghetsalarmer fordi det er begrensede ressurser til å betjene dem, spesielt på nettene. Det har ført til at det er ventelister for å få trygghetsalarm, og mange anskaffer private alarmer.
- Dagsentertilbudene har redusert åpningstid, og det er mange på venteliste for å få plass. Det at pasienter kommer ut på dagtid, får noen å være sammen med og spise sammen med, kan gjøre at de kan være lenger hjemme. Plass på dagsenter er også en avlastning for pårørende og for hjemmetjenestene. Dermed kan dagsentertilbud virke forbyggende. Informantene er enige i at det er behov for at dagsenteret er oppe fem dager i uken.
- Pårørende er en ressurs i forhold til personer som trenger hjelp fra hjemmetjenestene, og avlaster det kommunale tilbudet. Samarbeidet med pårørende er godt.
- Fysioterapi- og ergoterapitjenesten har lite ressurser. I sitt arbeid prioriterer de barn og unge, noe som fører til at de har liten kapasitet til å bistå hjemmetjenesten. Dette fører til at hjemmesykepleien må ordne med tilrettelegging i hjemmene og enkle hjelpemidler, noe som kan være tidkrevende. Til anskaffelse av større hjelpemidler må de ha hjelp av fysioterapeut eller ergoterapeut. Det tar ofte lang tid å få denne bistanden, og manglende hjelpemidler kan påføre ansatte i hjemmesykepleien unødvendige arbeidsbelastninger.

- Psykiatritjenesten yter ikke hjelp til personer over 70 år. De veileder hjemmesykepleien. Hjemmesykepleien opplever at de får flere og flere pasienter med psykiske lidelser og rusproblemer, og de ønsker mer kompetanse i forhold til denne type problemer, også i forhold til alderspsykiatriske pasienter. Dette er personer som ofte er ressurskrevende.
- Samarbeidet med legevakta fungerer godt, men nedleggelse av lokalsykehuset har ført til mer arbeid for hjemmesykepleien. Avstanden til sykehuset gjør at det er vanskeligere å samarbeide, og det er mer tungvint i forhold til at det er langt å reise for å få tatt røntgen eller få gjennomført undersøkelser. Det krever også organisering av transport, og i mange tilfeller også bruk av ressurser for å følge til sykehus. Dette er tidkrevende, også fordi det stilles krav om å benytte fellestransport.
- Det er godt samarbeid i kommunen i forhold til tildeling av tjenester. Alle henvendelser skal gå via en mottakskonsulent som samarbeider med hjemmetjenesten og institusjonshelsetjenesten for å finne rette tilbud. En del henvendelser går direkte til hjemmesykepleien når det gjelder behov for rask hjelp. Da vurderer de henvendelsen og orienterer mottakskonsulenten i etterkant.
- Når det gjelder fagkompetansen i hjemmesykepleien så er den god. I perioder kan det være mangel på sykepleiere. Det hender også at sykepleiere ikke blir lenge i stillingene. Informantene tror det kan ha noe med at det er bedre lønn i nabokommunene, og at det er stort arbeidspress og mye ansvar på sykepleierne. Det er god dekning på hjelpepleiere og omsorgsarbeidere i hjemmesykepleien. De er også stabile og blir lenge i stillingene.
- Når det gjelder hva som bør prioriteres dersom de hadde hatt mer midler så var alle enige i at først og fremst burde natt-tjenesten styrkes. Så burde det opprettes bemannede bofellesskap, og så burde dagsentertilbudet

utvides. Det ble også uttrykt behov for en styrking av hjemmesykepleien på dagtid og en styrking av rus- og psykiatritilbudet og hjemmehjelpstilbudet.

- Informantene mener at alle foreslåtte tiltak; styrking av hjemmesykepleien, spesielt av natt-tjenesten, bemannede bofellesskap, utvidet dagsentertilbud, styrket hjemmehjelpstjeneste ville avlastet presset på sykehjem. Styrking av dagsentertilbud og styrket hjemmehjelpstjeneste og flere korttidsplasser på sykehjem ville avlaste hjemmesykepleien. Bedre samarbeid med frivillige og bedre tid hjemme hos den enkelte pasient ville gjøre at de kunne bo lenger hjemme.
- Det vektlegges av informantene at brukere ofte ikke har noen spesielle ønsker, men at de ønsker hjelp sånn at de kan ha det trygt. Sykehjemsplasser etterspørres fordi det er det tilbudet søkerne kjenner til. Når de får informasjon om ulike tilbud endrer de ofte oppfatning.

Askim kommune vil styrke tilbudet i eldreomsorgen i 2007. I følge budsjettet for 2007 for pleie- og omsorgstjenestene så skal natt-tjenestene styrkes gjennom at det skal opprettes natt-tjeneste i tilknytning til omsorgsboliger på Løkentunet. Det vil avlaste den eksisterende natt-tjenesten. I tillegg er det foreslått at midler fra opptrappingsplanen for psykiatri skal benyttes til opprettelse av stillinger til å bemanne 10 nye boliger for mennesker med psykiske lidelser.

Reduksjon i tilbudene som dagsentertilbud, trygghetsalarm og hjemmehjelpstjenester har ført til et større press både på hjemmesykepleien og institusjonshelsetjenesten. Når det gjelder fordelingen mellom institusjonsplasser og hjemmebaserte tjenester så er det en tydelig sammenheng mellom tilbudene. Når presset øker på hjemmebaserte tjenester så folk får mindre tildelt tid, mindre hjelp, fører det ofte til mer utrygghet noe som igjen fører til større press på sykehjemmet. Det kan se ut som om det i utgangspunktet

ikke er manglende tilbud om sykehjemsplass som er problemet, men mangel på hjelp. Det at personer har gode tilbud som gjør at de føler seg trygge. Reduseres tilbud på hjemmehjelp, dagsentertilbud, trygghetsalarmer og hjemmesykepleie fører det til et økt press på institusjonsplasser. Særlig sårbart er det i forhold til tjenester på nettene. Manglende natt-tjenester fører til utrygghet noe som kan være avgjørende for om en kan bo hjemme eller ikke. I tillegg ser det ut som om omsorgsboliger med nattevakter kunne være gode tilbud for mange.

Informantene gir uttrykk for at det mangler et ledd i omsorgskjeden, noe bemannede omsorgsboliger kunne avhjelpe. En sier at de ikke opplever at sykehjem er førsteønske, men det at en har det trygt og godt. En styrking på nevnte områder kan hjelpe.

Resultatet av undersøkelsen oppfattes som om det ikke er fordelingen mellom hjemmebaserte tjenester og institusjonsomsorgen som er det største problemet, men at det er for lite ressurser særlig til eldreomsorg utenfor institusjon.

Informantene var opptatt av om pasientene får gode nok tilbud, ikke så opptatt av om det var i institusjon eller ikke. De ga uttrykk for at det er viktig med bredde i tjenestetilbudet.

Litteraturliste

Gjerberg E., A. Bjørndal & A. Fretheim (2006). *Effekt av geriatriske tiltak til eldre pasienter innlagt i sykehus*. Oslo: Rapport fra Kunnskapssenteret. Rapport Nr. 14-2006, Systematisk kunnskapsoppsummering

Halkier, B. (2005). *Fokusgrupper*. Fredriksberg: Forlaget Samfundslitteratur & Roskilde Universitetsforlag

Hviding K og Berit Mørland. *Helsetjenester og gamle – hva er kunnskapsgrunnlaget? En vurdering og formidling av internasjonale litteraturoversikter*. Senter for medisinsk metodevurdering (SMM). SMM-rapport Nr. 11/2003.

Statens helsetilsyn *Pleie- og omsorgstjenestene i kommunen: tjenestemottakere, hjelpebehov og tilbud*. Rapport
Visjonsplan for Askim kommune 2006-2017